

フリガナ

氏名

(男性・女性)

※妊娠可能性(なし・あり)

生年月日: 明大昭平 年 月 日 (才)

郵便番号:

住所:

電話番号

(1) 今日はどうされましたか? ◎熱がある場合は記入してください

(2) 現在、治療中の病気はありますか?

いいえ・はい ()

(3) 最近服用した薬、または現在服用中の薬があればお書きください

いいえ・はい ()

(4) 今までに入院や手術の経験はありますか?

いいえ・はい ()

(5) 慢性的な病気はありますか? (糖尿病、腎臓病、高血圧など)

いいえ・はい ()

(6) 本日の治療について希望があればお書きください

検査を希望、粉薬は飲めない、漢方薬を希望など...

(7) 薬、食べ物でアレルギーを経験したことはありますか?

いいえ・はい ()

(8) 喫煙しますか? いいえ・はい(本/日)・以前吸っていた(年前)

(9) 飲酒しますか? いいえ・はい(種類: 杯/日)